

UNFALLBERICHT

Kein Schuldanerkenntnis, sondern eine Wiedergabe des Unfallherganges zur schnelleren Schadensregulierung

Von beiden Fahrzeugenkern auszufüllen

1. Tag des Unfalles _____	Uhrzeit _____	2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein) _____	3. Verletzte? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ¹
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A u. B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon <i>-Insassen unterschreiben</i>) _____	

Fahrzeug A

Fahrzeug B

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

6. Versicherungsnehmer (Name und Anschrift)

Telefon (privat/dienstlich) _____
Besteht Berechtigung zum V orsteuerabzug?
nein ja

Telefon (privat/dienstlich) _____
Besteht Berechtigung zum V orsteuerabzug?
nein ja

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Versicherer /Name der Gesellschaft

Vers.-Nr. _____
Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)
„Attestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____
Besteht eine V ollkasko-Versicherung?
nein ja

8. Versicherer /Name der Gesellschaft

Vers.-Nr. _____
Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer)
„Attestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____
Besteht eine V ollkasko-Versicherung?
nein ja

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	1	Fahrzeug war abgestellt	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	fuhr an	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	hielt an	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	fuhr aus Parkplatz, Grundstück oder Feldweg aus	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	bog in Parkplatz, Grundstück oder Feldweg ein	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	bog in einen Kreisverkehr ein	6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	fuhr im Kreisverkehr	7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	fuhr auf	8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	fuhr in gleicher Richtung, aber in einer anderen Spur	9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	wechsete die Spur	10	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	überholte	11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	bog rechts ab	12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	bog links ab	13	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	fuhr rückwärts	14	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	fuhr in die Gegenfahrbahn	15	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	kam von rechts	16	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	beachtete Vorfahrtszeichen nicht	17	<input type="checkbox"/>

Anzahl der angekreuzten Felder

9. Fahrzeuglenker
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Klasse _____ ausgestellt durch _____
gültig ab ² _____ bis ² _____

9. Fahrzeuglenker
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Klasse _____ ausgestellt durch _____
gültig ab ² _____ bis ² _____

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



13. Unfallskizze

Bezeichnen Sie:
1. Straßenführung
2. Richtung der Fahrzeuge A und B
3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes
4. Verkehrszeichen
5. Straßennamen

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

15. Unterschriften beider Fahrer
A _____ **B** _____
A _____ **B** _____

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!

14. Bemerkungen

